

Cuestionario sobre incidentes/ Incident Questionnaire

**Complete este
formulario
para que se pueda
pagar su reclamo**

Se reclamo será denegado hasta que se complete y devuelva este formulario.

Premera Blue Cross requiere un Cuestionario de incidente cuando tiene un reclamo y el tratamiento o la afección tienen diagnósticos que podrían estar relacionados con un incidente o accidente. Esto ayudará a determinar si cualquier otro tercero (como el seguro de automóvil) pueden ayudar a pagar su atención.

Complete el Cuestionario de incidente adjunto para que sus beneficios puedan pagarse correctamente.

Próximos pasos:

1. Complete la sección A, Información general, en el formulario para darnos más detalles sobre su lesión o afección.
2. Después, complete cualquier otra sección obligatoria en función de sus respuestas.
3. Firme y feche el formulario en la Sección E.

Si no tenemos noticias suyas:

Usted será responsable de algunos o todos los costos de su atención.

Envíe el formulario completado a través de:

Envíenos un correo electrónico a través de su Bandeja de entrada segura:

Inicie sesión en su cuenta en premera.com y seleccione Bandeja de entrada segura. Escanee y envíenos este formulario completado y cualquier documento requerido como un archivo adjunto de correo electrónico seguro.

— O BIEN —

Fax: 425-918-5878

— O BIEN —

Correo postal:

Premera Blue Cross
PO Box 21731
Eagan, MN 55121-0731

Se tomará una decisión a más tardar 30 días después de que se haya recibido el Cuestionario de incidente. Es posible que nos pongamos en contacto con usted si el formulario no está suficientemente cumplimentado.

Le agradecemos su atención,
Departamento de Reclamos
Premera Blue Cross

¿Preguntas?

Llame al número de Servicio al Cliente que figura en el reverso de su tarjeta de identificación del miembro de Premera .

Nombre y dirección del suscriptor/ Subscriber Name and Address		Nombre y apellido del paciente/ Patient First, Last Name	
		Identificación del miembro/Member ID	
		Fecha de nacimiento/Date of birth	
		Nombre del proveedor/Provider name	
		Fecha del servicio/Date of service	
		Número de reclamo (si se conoce)/Claim number (if known)	

Sección A. Información general (obligatorio)/Section A. General information (required)

Fecha en la que ocurrió el incidente/accidente/Date incident/accident occurred			
¿Estaba este reclamo relacionada con un incidente? Seleccione uno./Was this claim related to an incident? Select one.			
☐ Sí./Yes.		☐ No. Complete esta sección y luego pase a la Sección E./No. Complete this section then skip to Section E.	
Este reclamo se relaciona con lo siguiente: Seleccione uno./This claim is related to the following: Select one.			
☐ Incidente o enfermedad laboral. Complete la Sección B./Work incident or illness. Complete Section B. ☐ Incidente en vehículo motorizado, que incluye el interior o los alrededores del vehículo (p. ej., embarcación, cuatriciclo, automóvil). Complete la Sección C./Motorized vehicle incident, including in, on, or around a vehicle, such as watercraft, ATV, or automobile. Complete Section C. ☐ Otro. Complete la Sección D./Other. Complete Section D.			
Describa lo que ocurrió y el lugar del suceso del incidente/accidente. Si se queda sin espacio a continuación, adjunte un documento por separado con su descripción completa por escrito cuando envíe este formulario./Describe what happened and where the incident/accident took place, including the state where it happened. If you run out of room below, please attach a separate document with your full written description when you submit this form.			
Describa todas las partes del cuerpo lesionadas y la naturaleza de las lesiones (p. ej., fractura de muñeca derecha) tanto para usted como para cualquier familiar involucrado./ Si se queda sin espacio a continuación, adjunte un documento por separado con su descripción completa por escrito cuando envíe este formulario./Describe all body parts injured and the nature of the injuries (such as broken right wrist) for yourself and any family members involved. If you run out of room below, please attach a separate document with your full written description when you submit this form.			
Nombre del abogado del paciente (si corresponde)/Patient's attorney's name (if applicable)			Teléfono (incluya el código de área)/Phone - include area code
Domicilio postal/Mailing address		Ciudad/City	Estado/State Código postal/Zip code

Sección B. Complete esto si marcó “Enfermedad o incidente laboral” en la Sección A./Section B. Complete this if you checked “Illness or work incident” in Section A.

1.	Seleccione todo lo que corresponda./Select all that apply. ☐ Soy trabajador autónomo./I am self-employed. ☐ Soy dueño o único propietario./I am an owner or sole proprietor. ☐ Cuento con cobertura de Compensación para Trabajadores. En caso afirmativo, complete la sección B2./I have worker's compensation coverage. If yes, complete Section B2.			
2.	¿Presentó un reclamo? Seleccione uno./Did you file a claim? Select one.			
	☐ Sí./Yes.		☐ No. Pase a la Sección E./No. Skip to Section E.	
	¿Cuál es el estado del reclamo? Seleccione uno./What is the claim status? Select one.			
	☐ En revisión./In review		☐ Responsabilidad aceptada/Accepted liability	
	☐ Responsabilidad denegada. Incluya una copia de la carta de denegación con su reclamo./Denied liability. Please include a copy of the denial letter with your claim.			
	☐ Apelación denegada. Incluya una copia de la carta de denegación con su reclamo./Appeal denied. Please include a copy of the denial letter with your claim.			
	Compañía aseguradora de la Compensación para Trabajadores/Worker's compensation carrier		Número de reclamo de la Compensación para Trabajadores/Worker's comp claim number	
	Nombre del procesador/Adjuster's name		Teléfono (incluya el código de área)/Phone - include area code	
	Domicilio postal/Mailing address	Ciudad/City	Estado/State	Código postal/Zip code
¿Completó la Sección b? Vaya a la Sección E para completar el formulario./Section B completed? Go to Section E to finish the form.				

Sección C. Complete esto si marcó “Incidente con vehículo motorizado” en la Sección A./Section C. Complete this if you checked “Motorized vehicle incident” in Section A.

1.	El paciente era (seleccione uno)/The patient was a (select one)			
	☐ Pasajero/Passenger		☐ Ciclista/Bicyclist	
	☐ Conductor/Driver		☐ Peatón/Pedestrian	
2.	¿Tiene el paciente seguro vehicular?/Does the patient have vehicle insurance? ☐ Sí/Yes ☐ No. Pase a la Sección C4./No. Skip to Section C4.	¿Incluye esta cobertura protección por lesiones personales (Personal Injury Protection, PIP) u otras cláusulas de pago médico (MedPay)? Busque “protección por lesiones personales (PIP)” o “pagos médicos (MedPay)” en la página de declaraciones de su póliza./Does coverage include personal injury protection (PIP) or other medical payment (MedPay) provisions? Look for “personal injury protection (PIP)” or “medical payments (MedPay)” on your policy's declarations page. ☐ Sí/Yes ☐ No/No		
3.	Nombre de la compañía aseguradora del vehículo del paciente/Patient's vehicle insurance carrier's name		Número de póliza/Policy number	Número de reclamo/Claim number
	Nombre del procesador/Adjuster's name		Teléfono (incluya el código de área)/Phone - include area code	

4.	Marque la afirmación verdadera. Seleccione uno./Mark the true statement. Select one.	
	☐ El paciente no era el dueño del vehículo./The patient did not own the vehicle.	☐ El paciente era el dueño del vehículo. Pase a la Sección C7./The patient owned the vehicle. Skip to Section C7.
5.	¿Tiene el dueño del vehículo seguro vehicular?/Does the vehicle owner have vehicle insurance? ☐ Sí/Yes ☐ No. Pase a la Sección C6./No. Skip to Section C6.	¿Incluye la cobertura del dueño del vehículo protección por lesiones personales (PIP) u otras cláusulas de pago médico (MedPay)?/Does the vehicle owner's coverage include personal injury protection (PIP) or other medical payment (MedPay) provisions? ☐ Sí/Yes ☐ No/No
Nombre del propietario/Owner's name		
Nombre de la compañía aseguradora del vehículo del dueño/Owner's vehicle insurance carrier's name		Número de póliza/Policy number
		Número de reclamo/Claim number
Nombre del procesador/Adjuster's name		Teléfono (incluya el código de área)/Phone - include area code
6.	¿Hubo otro vehículo involucrado? Seleccione uno./Was another vehicle involved? Select one. ☐ Sí/Yes ☐ No. Pase a la Sección C10./No. Skip to Section C10.	
7.	Nombre del otro conductor/Other driver's name	
8.	¿Presentó un reclamo de seguro ante el otro conductor o prevé hacerlo? Seleccione uno./Have you filed an insurance claim with the other driver or do you anticipate doing so? Select one. ☐ Sí/Yes ☐ No. El otro conductor no tiene seguro. Pase a la Sección C11./No. The other driver does not have insurance. Skip to Section C11. ☐ No. Pase a la Sección C11./No. Skip to Section C11.	
9.	Nombre de la compañía aseguradora del vehículo del otro conductor/Other driver's vehicle insurance carrier's name	
	Nombre del procesador/Adjuster's name	Número de teléfono (incluya el código de área)/Phone number – include area code
	Número de póliza/Policy number	Número de reclamo/Claim number
10.	¿El paciente recibió una liquidación por lesiones corporales? Seleccione uno./Has the patient received a bodily injury settlement? Select one. ☐ Sí/Yes ☐ No. Pase a la Sección E./No. Skip to Section E.	Fecha de la liquidación/Settlement date
	¿Con quién hizo la liquidación el paciente? Seleccione uno./With whom did patient settle? Select one. ☐ Compañía aseguradora del paciente/Patient's insurance company ☐ Compañía aseguradora de la otra parte/Another party's insurance company ☐ Póliza de paciente no asegurado/subasegurado/Patient's uninsured/under-insured policy	
¿Completó la Sección C? Vaya a la Sección E para completar el formulario./Section C completed? Go to Section E to finish the form.		

Sección D. Complete esto si marcó “Otro” en la Sección A./Section D. Complete this if you checked “Other” in Section A.

1.	¿El incidente ocurrió en su propiedad? Seleccione uno./Did the incident occur on property you own? Select one. ☐ Sí. Pase a la Sección E./Yes. Skip to Section E. ☐ No/No		
2.	¿Presentó un reclamo de seguro ante la parte culpable o prevé hacerlo?/Have you filed an insurance claim with the at-fault party or do you anticipate doing so? ☐ Sí/Yes ☐ No. Pase a la Sección E./No. Skip to Section E.		
Nombre de la parte culpable (solo es obligatorio si decidió presentar un reclamo)/At-fault party's name (only required if you choose to file a claim)			
Número de póliza/Policy number		Número de reclamo/Claim number	
Nombre de la compañía aseguradora de la parte culpable/At-fault party's insurance carrier's name			Teléfono (incluya el código de área)/Phone - include area code
Domicilio postal de la compañía aseguradora/Insurance carrier's mailing address		Ciudad/City	Estado/State Código postal/Zip code
¿Completó la Sección D? Vaya a la Sección E para completar el formulario./Section D completed? Go to Section E to finish the form.			

Sección E. Firma. Lea y firme./Section E. Signature – Please read and sign.

Su contrato con Primera Blue Cross (el Plan) incluye una cláusula de subrogación. “Subrogación” significa que si el Plan le proporciona algún beneficio a usted por lesiones causadas por terceros que pueden ser responsables de esas lesiones, es posible que el Plan tenga derecho a recuperar esos costos de cualquier liquidación que usted reciba de la parte culpable. El contrato de su Plan también excluye cobertura de beneficios que serían pagaderos en virtud de cualquier protección por lesiones personales, MedPay, cobertura de conductores no asegurados o subasegurados o Compensación para Trabajadores que usted pueda tener. Por lo tanto, el Plan también tendrá derecho a recibir un reembolso por cualquier beneficio médico de la liquidación de cualquier protección por lesiones personales, MedPay, cobertura de conductores no asegurados o subasegurados o Compensación para Trabajadores aplicables a este incidente. Póngase en contacto con nosotros antes de entablar un acuerdo.

Acepto que cualquier compañía aseguradora de bienes/accidentes, automóviles o Compensación para Trabajadores o cualquier agencia gubernamental puede divulgar cualquier parte de mi información médica personal relacionada con este incidente a Calypso Healthcare Solutions, una compañía independiente responsable de proporcionar servicios de subrogación a Primera Blue Cross. Esta autorización tendrá validez durante el proceso de subrogación.

Firma del suscriptor o paciente/Signature of subscriber or patient	Nombre en letra imprenta/Printed name	
X _____	Teléfono diurno (incluya el código de área)/Daytime phone - include area code	Fecha de la firma (mm/dd/aaaa)/Date signed (mm/dd/yyyy)